

# GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

---

*Data de aceite: 21/01/2023*

### **Diovane Ghignatti da Costa**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Elisiane Lorenzini**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Shara Bianca De Pin Raduenz**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Cassia Pimenta Barufi Martins**

Hospital Care - HUB Florianópolis, Florianópolis, SC, Brasil

### **Larissa de Siqueira Gutierrez**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

sobretudo considerando a complexidade inerente à produção dos serviços de saúde.

A gestão de risco versa sobre o estabelecimento de uma cultura de segurança com base no aprendizado decorrente do reconhecimento das falhas e da prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde. Parte-se do pressuposto de que os riscos sempre estarão presentes, tanto na produção de produtos, como na produção de serviços. Portanto, o conhecimento sobre a temática e as estratégias de mitigação dos riscos precisam ser desenvolvidas/compreendidas nas diferentes profissões, sobretudo nas relacionadas à saúde, pois os riscos inerentes à assistência podem se transformar em eventos adversos, causando danos irreversíveis e até a morte.

O atendimento das necessidades de saúde da população caracteriza-se por um serviço que é produzido concomitantemente com sua entrega, ou seja, o cuidado é produzido ou coproduzido - quando há

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a prevenção de incidentes relacionados aos cuidados em saúde como uma prioridade global<sup>1</sup>. Isso implica em desenvolver mecanismos de identificação e mitigação dos riscos aos quais os pacientes estão expostos,

participação ativa dos usuários do serviço - mediante a interação entre profissionais de saúde e pacientes<sup>2</sup>. Diferente de produtos, os serviços demandam ações preventivas e árduo planejamento das suas etapas para minimizar a ocorrência de incidentes, pois após a sua entrega, ou seja, quando se efetiva o atendimento ao paciente, qualquer falha em alguma etapa do processo assistencial pode culminar com resultados indesejados.

Neste capítulo, aborda-se a gestão de riscos assistenciais associada a aspectos que compõem a cultura de segurança na perspectiva do paciente, equipes e ambiente, no contexto dos serviços de saúde. Ao final do capítulo, espera-se que o leitor se aproprie da inserção histórica da temática na saúde no âmbito nacional e mundial. Em nível nacional, destacam-se os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente<sup>3</sup> e seus desdobramentos, sob os aspectos de marcos conceituais que direcionam as instituições aos propósitos de melhoria contínua da qualidade assistencial, com base na gestão de riscos e melhores práticas em saúde. Ainda, destacam-se atividades desenvolvidas na gestão de riscos assistenciais, a taxonomia adotada em diversos países, alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup>, além de estratégias de vigilância, monitoramento de incidentes e ferramentas para gestão de riscos na saúde. A temática conduz o leitor à reflexão sobre a cultura de segurança na produção e coprodução dos serviços, no sentido de chamar atenção aos comportamentos de todos os envolvidos, com os quais é possível identificar diferentes níveis de cultura e, ainda, modos de encaminhar situações distintas apoiados na perspectiva da cultura justa.

Considera-se que percorrer os tópicos aqui descritos contribui para mobilizar a importância da gestão de riscos e cultura de segurança para melhoria da qualidade assistencial, sobretudo devido à necessidade de reduzir os elevados índices de eventos adversos evitáveis que ainda vem ocorrendo no mundo todo<sup>5-7</sup>.

## ASPECTOS HISTÓRICOS DA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

A aplicação de um processo sistematizado de gestão de riscos foi empreendida, inicialmente, por organizações militares e industriais, como automobilística, aeronáutica e financeira, incluindo a identificação e avaliação dos riscos; o desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los e; a implementação das estratégias, mediante atividades de prevenção e controle, além das que visam diminuir o seu impacto.

Apesar de estar presente em algumas organizações não relacionadas à saúde há mais tempo, a normatização do gerenciamento de risco, com a descrição de conceitos e métodos de gestão de riscos foram padronizados há pouco mais de uma década. O padrão mais conhecido é a Norma ISO 31000 (*Risk Management – Principles and Guidelines*), cuja primeira versão foi publicada em 2009, a qual foi traduzida e adaptada para a versão

brasileira pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), órgão representante oficial da ISO no Brasil, publicando a Norma ABNT NBR ISO 31000:2009 Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes<sup>9</sup>. Esta primeira versão foi revisada e atualizada em 2018 pela ABNT NBR ISO 31000:2018<sup>10</sup>. No entanto, destaca-se que essas normas não são específicas aos serviços de saúde e, portanto, demandam adaptação.

No âmbito da saúde, os incidentes assistenciais passaram a receber atenção a partir do marco histórico revelado com a publicação do relatório *Errar é Humano* pelo *Institute of Medicine*, o qual divulgou estatísticas alarmantes sobre o atendimento prestado pelos serviços de saúde norte-americanos<sup>11</sup>. Esse documento, de relevância mundial, inaugurou o novo milênio. Ainda, a Organização Mundial da Saúde, por meio da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente em 2004, demarcou a necessidade de promover práticas mais seguras no ambiente de prestação de cuidados em saúde e de divulgar estratégias e políticas para a segurança do paciente em todo mundo<sup>12-13</sup>. Assim, os padrões de qualidade e segurança assistencial, bem como seus desvios passaram a ser percebidos por organizações, pesquisadores, profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde.

A gestão de riscos, portanto, foi impelida à saúde, considerando a elevada incidência de eventos adversos evitáveis associados à assistência. Sabe-se que no mundo, os eventos adversos são considerados uma das dez principais causas de morte e incapacidade, além de estimar-se que seja a 14<sup>a</sup> principal causa da carga global de doenças<sup>14-16</sup>.

No Brasil, ações para a segurança do paciente foram lideradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, culminando em 2013 com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde<sup>3</sup>. Os quatro eixos de atuação do PNSP são voltados para uma prática assistencial segura, promovem o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema de segurança do paciente no ensino e o investimento em pesquisas. Destaca-se, que o eixo assistencial orienta a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde, o qual é responsável por gerenciar os riscos assistenciais, por meio de um sistema de notificação de incidentes, além dos desdobramentos de análise e implementação de melhorias para prevenção da recorrência dos mesmos.

## **PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)**

O PNSP mobilizou a discussão acerca da cultura de segurança, da compreensão das causas sistêmicas associadas aos erros humanos, da necessária padronização dos cuidados por meio de protocolos assistenciais, da adoção do modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente e de uma cultura justa para a gestão e desenvolvimento de pessoas. Houve a divulgação de diversas ferramentas e estratégias

para alavancar mudanças culturais acerca da produção dos cuidados em saúde, para que atendam às dimensões da qualidade que pautam os processos de avaliação em saúde.

Os protocolos básicos assistenciais oriundos do PNSP alinham-se aos desafios globais lançados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo propósito foi melhorar a segurança na assistência, apoiando os países de todo o mundo no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente<sup>17</sup>. O primeiro desafio global visou a implantação de medidas para adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, cuja campanha foi denominada “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”<sup>17</sup>. Este desafio gerou atualização dos documentos nacionais acerca das recomendações voltadas aos profissionais, bem como voltadas para a educação de pacientes, famílias e visitantes. O segundo desafio global, “Cirurgias seguras salvam vidas”<sup>18</sup>, teve o propósito de implementar barreiras de segurança para redução de danos associados a intervenções cirúrgicas. Isso inclui a participação do paciente-família no consentimento quanto ao tipo de procedimento planejado, confirmação do sítio cirúrgico e conferência da identificação do paciente antes da indução anestésica. O terceiro desafio global, lançado recentemente, “Medicação sem danos”<sup>19</sup>, objetiva contribuir para a redução de eventos adversos evitáveis, relacionados aos processos de medicação, em mais de 50%.

Apresenta-se no Quadro 1, os protocolos básicos para a segurança do paciente, contendo as seis metas internacionais de segurança propostas pela OMS, acrescidas de dois outros itens para o acompanhamento sistemático. Esses protocolos foram definidos mundialmente por configurarem causas comuns a muitos eventos adversos. Orientam barreiras para a ocorrência desses eventos em situações de maior risco a serem aplicadas em todas as instituições de saúde, com monitoração pelo Núcleo de Segurança do Paciente<sup>3,20</sup>.

Protocolo	Descrição	Indicador
Meta 1 - Identificar corretamente o paciente	- Adesão dos profissionais ao processo de conferência da identificação do paciente nos momentos obrigatórios	nº de conferências da identificação do paciente nas situações recomendadas / nº de situações observadas x 100
Meta 2 - Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde	- Definir resultados de exames alarmantes para comunicação entre laboratório e profissionais da linha de frente para otimizar condutas assistenciais	nº de prontuários contendo registro de condutas após a comunicação de resultados alarmantes / nº total de prontuários em que se procedeu a comunicação x 100

Meta 3 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir lista de medicamentos perigosos, para armazenagem segregada e identificação diferenciada por cores</li> <li>- Definir procedimento operacional padrão para cada etapa do processo de medicação</li> </ul>	nº de observações dos postos de enfermagem com armazenagem segregada e identificação diferenciada dos medicamentos perigosos / nº total de observações x 100
Meta 4 - Assegurar cirurgias em local de intervenção, paciente e procedimentos corretos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Check list</i> da cirurgia segura a ser aplicado nos momentos indicados</li> </ul>	nº de cirurgias com <i>check list</i> realizado / nº total de cirurgias realizadas x 100
Meta 5 - Higienizar as mãos (HM) para reduzir infecções	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinco momentos obrigatórios para proceder a HM</li> <li>- Técnica correta para HM</li> </ul>	nº de oportunidades de HM correta / nº total de oportunidades observadas para HM x 100
Meta 6 - Reduzir lesões decorrentes de quedas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do risco</li> <li>- Plano de cuidados com medidas preventivas</li> </ul>	nº de quedas no mês / nº de pacientes-dia no mês x 1000
Prevenir lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do risco</li> <li>- Avaliação diária da pele do paciente</li> <li>- Plano de cuidados com medidas preventivas e de tratamento</li> </ul>	nº de lesões por pressão no mês / nº de pacientes-dia no mês x 1000
Assegurar a transferência de pacientes entre pontos de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento de <i>check list</i> das condições do paciente nos momentos indicados</li> </ul>	nº de pacientes com <i>check list</i> preenchido / nº de transferências realizadas x 100
Garantir o uso seguro de equipamentos e materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de manutenção preventiva sistemática</li> <li>- Manutenção corretiva quando necessário</li> </ul>	nº de equipamentos com manutenção preventiva realizada / nº de equipamentos com manutenção preventiva agendada x 100

Quadro 1 – Protocolos Básicos para segurança do paciente do PNSP

Fonte: Adaptado pelas autoras com base no PNSP<sup>3</sup>

Cabe destacar a atuação do enfermeiro no contexto de desenvolvimento de sistemas e processos de barreiras de segurança, por contribuir substancialmente para a transformação da prática assistencial. Percebe-se, cada vez mais, que o enfermeiro vem se aperfeiçoando no âmbito da segurança do paciente, sendo reconhecido pelos membros da equipe e, principalmente, por pacientes, famílias e acompanhantes<sup>2,21</sup>. Acrescenta-se, ainda, que o enfermeiro, por atuar em praticamente todas as áreas das organizações de saúde, é um profissional excelente para participar na análise de processos e de incidentes de segurança. O mesmo possui as habilidades e competências requeridas para contribuir no redesenho de fluxos e padrões assistenciais, cujo foco é a diminuição de erros e, conseqüentemente, a redução de danos associados à assistência e a promoção de

qualificação assistencial.

## GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Como já abordado neste capítulo, há 20 anos discute-se os erros associados à assistência em saúde, seus impactos no paciente, família, organização e sociedade, e as inúmeras estratégias já realizadas a fim de minimizá-los. Para tanto, ainda hoje, a mitigação de riscos e danos relacionados a cuidados de saúde configura-se como um importante elemento para a prestação de serviços seguros e de qualidade<sup>22</sup>.

A fim de identificar, caracterizar, analisar, avaliar, tratar e comunicar sistematicamente os riscos e danos, foram criados processos-chaves de gerenciamento de riscos assistenciais. Estes, integrados entre si, compreendem o modelo básico da gestão de riscos, que deve ser e estar construído sob a presença de sistemas organizacionais e de liderança congruentes ao clima e à cultura de segurança institucional<sup>23</sup>.

Embora as abordagens retrospectivas sejam as mais comumente empregadas para identificar riscos<sup>23-24</sup>, a qual são realizadas com base nas notificações de incidentes que já ocorreram, a utilização da observação em tempo real e de abordagens prospectivas, como as *Safety Walk Rounds*, a auditoria clínica e o mapeamento de riscos, são de extrema importância, haja visto que permitem a adoção de intervenções antes que o incidente aconteça. A *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (H-FMEA) e a *What if* são exemplos de ferramentas proativas, que utilizam de métodos sistemáticos para diagnosticar onde e como processos de trabalho podem falhar, e a partir disso, desenvolver ações preventivas.

Dentre as abordagens retrospectivas, temos os indicadores de segurança, conforme apresentado anteriormente (p.ex. Número de eventos adversos devido a falha de identificação do paciente), os relatos a partir da experiência do paciente e o sistema de notificação de incidentes que atualmente, é a técnica mais utilizada na gestão reativa de riscos em instituições de saúde<sup>23,25</sup>.

Os sistemas de notificação de incidentes podem possuir características distintas a depender:

- 1) da sua abrangência – podem ser organizados e monitorados local, municipal, estadual ou nacionalmente;
- 2) do próprio sistema de notificação – pode ser físico ou eletrônico;
- 3) do tipo de notificação – pode ser uma notificação anônima, confidencial ou aberta;
- 4) do notificador – pode ser restrito a profissionais ou aberto a pacientes, família e comunidade;

- 5) da obrigatoriedade da notificação – pode ser de forma voluntária ou obrigatória;
- 6) da caracterização do incidente – pode se restringir somente a incidentes com dano grave e *Never Events* ou a qualquer incidente.

Vale ressaltar que, a cultura de notificação de incidentes é um dos pilares da cultura de segurança, pois a melhoria contínua propõe que os problemas no fluxo e processos assistenciais sejam discutidos por quem executa o trabalho, para que as soluções emergjam também desse grupo. Assim, a implantação de sistemas de notificação de incidentes é encorajada nas instituições de saúde, por meio do uso de *softwares/ferramentas/planilhas* diversas que geram um banco de dados. Este, por sua vez, gera informações que possibilitam análise e predições de possíveis riscos futuros<sup>25</sup>.

Para a construção dos bancos de dados, análises, comparações e publicações dos dados analisados, é importante considerar os termos e conceitos globalmente empregados, a partir da taxonomia na área de segurança do paciente, o *International Classification for Patient Safety (ICPS)*<sup>4</sup>, publicado em 2009, pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente:

- **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer;
- **Evento:** algo que acontece ou envolve um paciente;
- **Incidente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais, conforme apresentado na Figura 1, são classificados em quatro tipos conforme a Figura 2 e, quanto ao grau de dano podem ser desde leve até chegar ao óbito, conforme Quadro 2;
- **Dano:** dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica;
- **Dano associado ao cuidado de saúde:** dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de associado à uma doença de base ou lesão.



Figura 1 – Classificação de Incidente quanto à origem, conforme o ICPS<sup>4</sup>

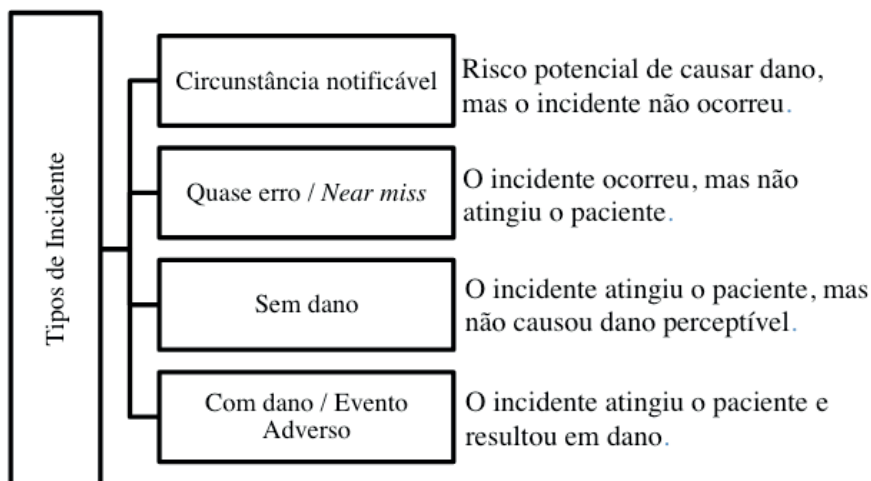


Figura 2 – Classificação dos tipos de incidentes, conforme o ICPS<sup>4</sup> WHO, 2009

A caracterização do incidente de acordo com sua frequência, tipologia e dano ao paciente, juntamente da sua investigação e compreensão, permite a comparação, mensuração e interpretação das informações acerca dos processos envolvidos. Destaca-se que os incidentes que causam danos também são comumente denominados de eventos adversos.

Grau de Dano	Descrição
Nenhum	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
Leve	Sinais e sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, em que foi necessária ou não intervenção mínima. Exemplo: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve.
Moderado	Presença de sintomas com necessidade de intervenção (procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda da função ou danos de longo prazo.



Grave	Presença de sintomas com necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Óbito	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

Quadro 2 – Classificação dos incidentes quanto ao grau de dano

Fonte: *International Classification for Patient Safety (ICPS)*<sup>4</sup>

Além dessa classificação, foi definida uma lista de incidentes denominada **Never Events**, também chamados de incidentes sentinela, ou eventos sentinela. Os *Never Events* configuram eventos adversos que resultam em dano definitivo ou óbito que poderiam ter sido evitados e que, portanto, nunca deveriam acontecer. Citam-se alguns exemplos que devem ser notificados no Sistema de informações da Anvisa<sup>26</sup>: Procedimento cirúrgico realizado em local errado, no lado errado ou no paciente errado; Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia; Gás errado na administração de oxigênio ou gases medicinais; Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco; Lesão por pressão estágio III ou IV, etc.

Para investigar e analisar incidentes, são utilizadas ferramentas reativas que apontam para possíveis causas (Análise de causa raiz ou RCA, Diagrama de *Ishikawa* e Diagrama de Pareto) e para fatores que possam ter contribuído para a ocorrência do incidente (Protocolo de Londres).

As ferramentas reativas buscam direcionar o olhar dos profissionais para os processos que envolvem o incidente e não para o erro humano, o que acaba contribuindo significativamente para a construção de um plano de ação de melhorias robusto, que resultará em mudanças, evitando que incidentes similares aconteçam novamente<sup>27</sup>.

As ações preventivas ou intervenções de melhoria propostas no plano de ação, são produtos de todos os processos-chave do gerenciamento de riscos. Estes, por sua vez, precisam ser planejados, implementados, monitorados e reavaliados periodicamente. Para que esse ciclo de melhoria contínua se concretize na prática das instituições, a ferramenta PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) é recomendada/utilizada.

Entretanto, além de monitorar o cumprimento ou não das ações estabelecidas no ciclo de melhoria e os indicadores de práticas de segurança do paciente, comunicar interna e externamente as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos por meio do gerenciamento de riscos, a PDCA é de extrema importância para retroalimentar o conhecimento acerca da gestão de riscos e da segurança do paciente<sup>23</sup>.

Desta forma, a gestão de riscos associada à assistência em saúde está diretamente relacionada à adoção de práticas de segurança do paciente, uma vez que fortalece estratégias de gestão organizacional, auxilia na tomada de decisão e promove a redução

dos possíveis riscos existentes<sup>24</sup>, corroborando para a promoção contínua da cultura de segurança.

## CULTURA DE SEGURANÇA

Como já discutido, atualmente, organizações de saúde nacionais e internacionais, advogam para a implementação de práticas e programas para melhorar a segurança do paciente em instituições de saúde. Tais estratégias têm sido adaptadas a partir de experiências de organizações de alta confiabilidade, como a indústria nuclear e de aviação, que operam com alto risco, porém com a ocorrência de poucos eventos<sup>28</sup>. Apesar de o início destas iniciativas já terem completado duas décadas, ainda é comum a ocorrência de incidentes nos ambientes de cuidado. Isto se dá, dentre outros fatores, à inerente complexidade que engloba a assistência à saúde. Cabe destacar que, frequentemente, se constituem em incidentes evitáveis<sup>29</sup>.

Para mitigar a ocorrência de incidentes, há consenso quanto a necessidade de fomentar ações para desenvolver e melhorar a cultura de segurança. O conceito de cultura de segurança foi adaptado para a área da saúde como o conjunto de atitudes, percepções, valores, competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões relacionadas à segurança do paciente, e na gestão da saúde em uma instituição profícua e segura<sup>30</sup>. Observe a Figura 1, que demonstra como o conceito de cultura de segurança é complexo, multifacetado e encontra-se imbricado na cultura organizacional.

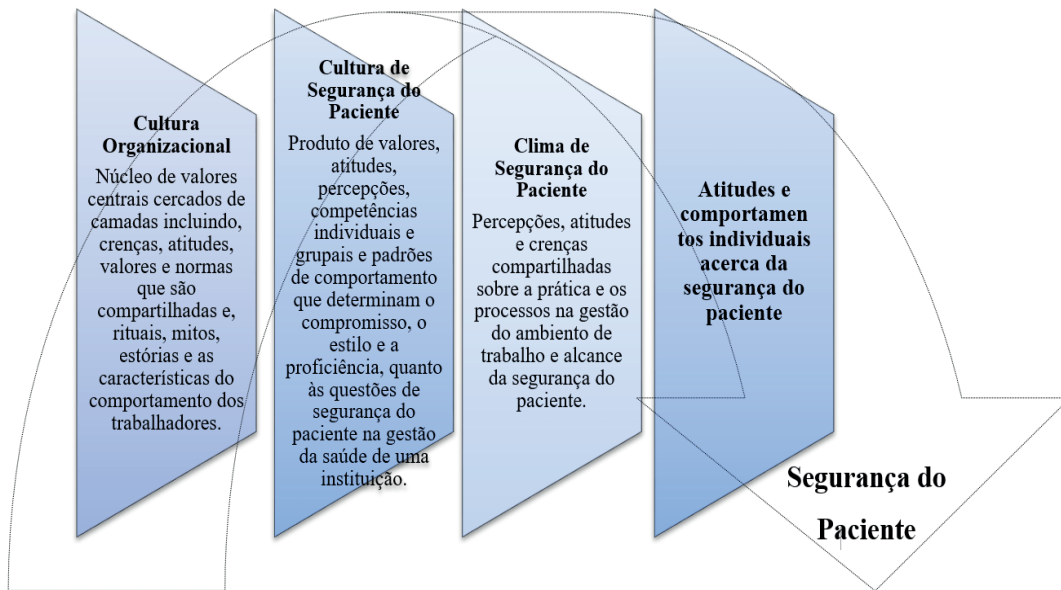


Figura 1: Modelo da Cultura de Segurança do Paciente

Fonte: Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [Tese] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017. doi:10.13140/RG.2.2.16535.37286. Adaptado livremente de Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. [Review]. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):11-8.

Percebe-se que este é um conceito que abrange normas, atitudes e valores, os quais sustentam e reforçam comportamentos individuais e coletivos que promovem cuidados seguros. Dessa forma, a cultura de segurança de uma instituição é considerada como um dos pilares do movimento de segurança do paciente. No Brasil, o PNSP<sup>3</sup> apresenta a cultura de segurança do paciente a partir de cinco características, operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Desta forma, é fundamental que os gestores busquem, primeiramente, conhecer qual é a cultura que prevalece na sua instituição. Isto pode ser feito utilizando questionários que foram validados para uso no Brasil, tais como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)<sup>31</sup> e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPICE)<sup>32</sup>. Devido a sua estrutura, esses questionários mensuram o clima de segurança, que consiste na medida temporal da cultura de segurança. Pesquisas<sup>33-34</sup> nesse âmbito têm mostrado escores de clima de segurança variáveis. Mesmo assim, há consenso quanto a sua utilidade para determinar a qualidade do atendimento nas organizações de saúde e a relação entre o clima de segurança e os resultados assistenciais.

Muitos fatores podem mediar as percepções sobre o clima de segurança. Portanto, os detalhes e as suas consequências requerem contínua investigação. Para tanto, a gerência de risco pode lançar mão de diferentes métodos, tais como, aplicar questionários e, também, realizar entrevistas ou reuniões em grupo, as quais podem fornecer uma visão mais abrangente sobre a cultura/segurança do paciente em dada instituição. Por exemplo, em estudo<sup>35</sup> que aplicou o SAQ associado a um grupo focal, diversos fatores, os quais marcadamente contribuíram para a existência de cultura punitiva na instituição, foram relatados pelos profissionais de saúde, conforme segue:

- a. falta de recursos;
- b. condições de trabalho precárias;
- c. dimensionamento de pessoal inadequado;
- d. falta de resolutividade nas ações dos gestores (devido à limitações da instituição);
- e. modelo de gestão mecanicista que privilegia a hierarquia;
- f. falta de *feedback*;
- g. franco distanciamento entre os gestores e seus subordinados, especialmente dos trabalhadores considerados como de beira de leito;
- h. cultura de punição na ocorrência de erros;
- i. falta de treinamento de novos colaboradores;
- j. falta de um plano de educação para o desenvolvimento dos trabalhadores.

Esses entraves organizacionais, frequentemente descritos na literatura, são também comumente encontrados nas instituições hospitalares brasileiras, especialmente nas públicas. Nessa linha, percebem-se os desafios postos ao gerenciamento, pois além das questões inerentes à organização, há também questões que são inerentes ao convívio das diversidades culturais para o alcance do ajuste e da sinergia entre os diferentes grupos

que coexistem na área da saúde, e que, portanto, também compartilham suas subculturas.

Além disso, também é esperado dos gestores que reconheçam a existência de conflitos que acabam impedindo a execução de ações que visam o aprendizado organizacional, o qual converge para a diminuição da ocorrência de incidentes. Frequentemente, esses conflitos estão relacionados ao poder e à legitimidade. Ainda, ao trabalhar para obter transformação cultural na área da saúde é esperado encontrar resistência, ativa ou passiva. Ambas são provenientes de organizações relutantes e subgrupos organizacionais resistentes.

## CULTURA JUSTA NA ÁREA DA SAÚDE

A cultura justa é um paradigma fundamental para a perspectiva da qualidade e segurança do paciente, cuja concepção está diretamente atrelada à cultura de segurança da organização, sendo essencial para a prevenção de incidentes relacionados à assistência em saúde, no sentido de destacar a responsabilização dos sistemas e dos indivíduos acerca dos cuidados. Envolve uma cultura de transparência e capacidade de aprendizagem organizacional<sup>36</sup>.

A mudança essencial que a cultura justa alavancou nas organizações diz respeito à maneira como os erros são vistos dentro das instituições, passando do estágio de culpabilização das pessoas, com punições individuais, para outro, no qual os erros humanos são passíveis de acontecer e, que, fazem parte de um processo complexo que não está associado somente à vontade daqueles que executam a atividade, mas sim, a fatores relacionados aos processos que induzem ao erro, em nível organizacional<sup>37</sup>.

Destaca-se que na concepção da cultura justa, nem todos os incidentes têm origem sistêmica, relacionada aos processos assistenciais. A cultura justa também chama a atenção para os comportamentos das pessoas, os quais podem ser os disparadores de incidentes de segurança, quando a imprudência e/ou negligência, relacionadas, respectivamente, à ação e/ou à omissão de alguém é observada.

Nesse sentido, retoma-se a classificação dos incidentes quanto a sua origem<sup>4</sup>, os quais podem configurar um erro não intencional ou uma violação, a qual é intencional. A violação é um tipo de comportamento que deve ser tratado em nível individual, é diferenciada do erro, pois quando há erro a pessoa pratica um ato indesejado, mesmo em condições adequadas de trabalho nos seus aspectos estruturais quanti e qualitativo<sup>38-39</sup>, considerando equilíbrio entre demanda e capacidade de produção do serviço em saúde, materiais e equipamentos adequados, fluxos e processos assistenciais bem desenhados, padrões assistenciais definidos e claros, capacitação e desenvolvimento profissionais.

A cultura justa, portanto, objetiva distinguir três situações<sup>39</sup>:

- Erro humano: caracterizado por deslizes humanos direcionados por problemas nos processos. Exemplo: armazenagem de medicamentos em locais próximos, com características *look alike* (aparência semelhante) *sound/alike* (som ao ler o nome do medicamento semelhante)<sup>40</sup>.
- Comportamento de risco: caracterizado por tomar atalhos, como não seguir o padrão indicado para executar uma determinada atividade. Exemplo: não usar os Equipamentos de Proteção Individual indicados ou não higienizar as mãos nos momentos preconizados.
- Comportamento imprudente: caracterizado por ignorar etapas de segurança necessárias, às quais sabe-se previamente que são potenciais geradoras de incidentes. Exemplo: como não conferir a identificação do paciente antes dos procedimentos ou não realizar o *check list* da cirurgia segura antes de um procedimento desta natureza, entre outros.

Diante de tais situações, cabe à liderança a responsabilidade de encaminhar a situação com base nos pressupostos da cultura justa, apoiando aquele que cometeu um deslize, buscando o desenvolvimento daquele que apresentou comportamento de risco e definindo medidas disciplinares para quem foi imprudente ou omissivo, além de proceder ao acompanhamento sistemático dos processos. Um dos fatores condicionantes para mudança cultural em uma instituição é o modelo de liderança adotado, encontrando-se na gestão participativa um campo fértil para encorajar a equipe para o papel protagonista e, assim, coletivamente, contribuir para mudanças fundamentais na construção e desenvolvimento da cultura justa. Isso se dá por meio de uma liderança incentivadora, que apoia as notificações de incidentes e proporciona melhorias com base no acompanhamento de indicadores, cujos resultados são transparentes e acessíveis a todos os membros da organização<sup>39</sup>.

A cultura justa, portanto, não pretende banalizar o erro humano, mas sim, contribuir com a análise dos incidentes, sinalizando para a atuação mais apropriada diante de cada situação, tanto em processos sistêmicos, como em comportamentos e violações individuais. O propósito principal é o de impulsionar melhorias e evitar futuros incidentes. Tal abordagem direciona para a transparência em relação ao que se espera de cada um, para o desenvolvimento do trabalho, além de abrir espaço para contribuições direcionadas a melhoria contínua dos processos gerenciais e assistenciais.

## PERSPECTIVAS FUTURAS NA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Ao finalizar, provoca-se uma reflexão que pode ampliar o princípio central da gestão da segurança do paciente que vem sendo disseminada por várias organizações no mundo. O paradigma vigente acerca da segurança do paciente considera como propósito da investigação dos incidentes, identificar as causas e os fatores que contribuem

para resultados indesejados (abordagens reativas) e avaliar o risco, determinando sua probabilidade (abordagens proativas). Nessa perspectiva, o princípio da gestão da segurança é o de responder quando algo acontece ou o de categorizar situações como um risco aceitável, na busca de eliminar suas causas ou implementar barreiras para impedi-lo<sup>41</sup>.

A reflexão que se agrega é: Por que o desempenho humano na maioria das vezes dá certo? A resposta remete para a capacidade das pessoas de ajustar a atividade, conforme as condições de trabalho. Dessa forma, o desafio para a melhoria da segurança consiste em compreender esses ajustes, que geralmente dão certo, apesar das incertezas inerentes a situações complexas de trabalho. Com isso a gestão da segurança além de tentar assegurar que “o menor número possível de coisas dê errado” agrega o princípio que “o maior número possível de coisas dê certo”. As pessoas são vistas, conseqüentemente, como um recurso necessário para a flexibilidade e a resiliência do sistema, oferecendo soluções flexíveis para muitos problemas em potencial. A avaliação do risco, nessa perspectiva, consiste em compreender as condições nas quais a variabilidade no desempenho pode se tornar difícil ou impossível de monitorar e controlar<sup>41</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety Global action on patient safety - Report by the Director-General. Seventy-Second World Health Assembly. [Internet] Genebra: WHO; 2019 [cited 2020 Oct 28]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)
2. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]; 28: e3272. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014 [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
4. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. [Internet] Genebra:WHO; 2009 [cited 2020 Feb 15]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
5. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018 [cited 2020 Oct 24];71(1):111-9. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>
6. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WNA. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet] 2018 [citado 2020 Out 24];27(2):e2017320. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>

7. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Estudio Ibeas: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 2020 Out 28]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
8. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2017 [cited 2020 Oct 28]; 26(2):111-9 . Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 31000:2009. Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes. Disponível em: <https://www.normas.com.br/visualizar/abnt-nbr-nm/28977/abnt-nbriso31000-gestao-de-riscos-diretrizes>
10. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 31000:2018. Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=392334> Ver a nova versão atualizada
11. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 2000.
12. Organización Mundial da Saúde. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente – WHA55.18; 2002. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
13. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)
14. Jha AK, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2013 [cited 2021 Jan 10];22:809–815. Available from: doi:10.1136/bmjqs-2012-001748
15. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
16. Jha AK. Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike. Proceedings of the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation; 2018 Oct [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>
17. World Health Organization. First global patient safety challenge: clean care is safer care. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1)
18. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=BDF48D06B8BD2FEC3837C71798BBC?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=BDF48D06B8BD2FEC3837C71798BBC?sequence=1)



19. World Health Organization. WHO global patient safety challenge: medication without harm. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
20. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016 [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: [file:///D:/Downloads/Modulo\\_6\\_Implantacao\\_Nucleo\\_de\\_Seguranca.pdf](file:///D:/Downloads/Modulo_6_Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf)
21. Heldal F, Kongsvik T, Haland, E. Advancing the status of nursing: reconstructing professional nursing identity through patient safety. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 10];19(418). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4222-y>
22. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. [Internet] Geneva: WHO; 2020. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/Second-draft\\_global-patient-safety-action-plan\\_Nov20.pdf](https://www.who.int/patientsafety/Second-draft_global-patient-safety-action-plan_Nov20.pdf)
23. Gama ZAS, Hernandez PJS. Inspeção da gestão de riscos em serviços de saúde. In: Gama ZAS, Hernandez PJS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde. Natal: SEDIS/UFRN [Internet]. 2017. p.12-64. Available from: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK\\_AGRASS.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf)
24. Schmitt MD, Costa DG, Massaroli A, Lorenzini E, Lanzoni GMM, Santos JLG. Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. *REME • Rev Min Enferm* [Internet]. 2020. 24:e-1352. Available from: [https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/aop\\_e1352.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/aop_e1352.pdf)
25. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017.. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>
27. McGowan J, Wojahn A, Nicolini JR. Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/#article-34645.s6>
28. Lorenzini E, Oelke ND, Marck PB, Dall'agnol CM. Researching safety culture: deliberative dialogue with a restorative lens. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2017 Jul 18; 37:1–5. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzx080>
29. Röhsig V, Lorenzini, E, Mutlaq MFP, Maestri RN, de Souza AB, Alves BM, Wendt G, Borges BG, Oliveira D. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. *Int J Risk Saf Med* [Internet]. 2020;31(4):247-258. Available from: doi: 10.3233/JRS-194050.
30. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. [Review]. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2013; 22(1):11-8. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2011-000582

31. Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form 2006 for Brazil. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2012; 20(3):575-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
32. Andrade LEL de, Melo LOM de, Silva IG da, Souza RM de, Lima ALB de, Freitas MR de, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol e Serv saúde Rev do Sist Único Saúde do Bras* [Internet]. 2017 ;26(3):455–68. Available from: [www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/](http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/)
33. Alves DFB, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Patient safety climate in a Brazilian general hospital. *Int J Risk Saf Med* [Internet]. 2020. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32144999>
34. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL de, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020. 41:e20190177. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
35. Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [Tese] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1549-60 Available from: doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>
36. Moriates C, Wachter RM. Accountability in Patient Safety. Patient Safety Network. AHRQ. [Internet] 2015 [cited 2021 Jan 17]; 01. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/accountability-patient-safety>
37. McTiernan P, Wachter RM, Meyer GS, Gandhi TK. Patient safety is not elective: a debate at the NPSF Patient Safety Congress. *BMJ quality & safety* [Internet] 2015 [cited 2021 Jan 17];24:162-6. Available from: 10.1136/bmjqs-2014-003429
38. Heidmann A, Trindade LF, Schmidt CR, Loro MM, Fontana RT, Kolankiewicz ACB. Contributive factors for the consolidation of patient safety culture in the hospital environment. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 17]; 24( 1 ): e20190153. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>.
39. American College of Healthcare Executives, IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement [Internet] 2017. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx>
40. Fernandes CS, Cabral CHK, Lima DA, Medeiros WRDB. Uso da ferramenta tall man lettering na análise de erros de dispensação de medicamentos look/ alike sound/aiike. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo* [Internet] 2016 [acesso 17 jan 21]; 7:2: 31-34. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2016070205000925BR.pdf>
41. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J, From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Publicado simultaneamente pela University of Southern Denmark, Dinamarca, University of Florida, EUA, e Macquarie University, Austrália [Internet] 2016 [Acesso 17 jan 21]. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/da-seguran%C3%A7a-i-%C3%A0-seguran%C3%A7a-ii-um-relat%C3%B3rio>